

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Medicare y sus Beneficios de Salud Mental

La publicación **oficial** del gobierno sobre los beneficios de salud mental para las personas inscritas en el Medicare Original. Esta publicación contiene información sobre:

- ★ Quién es elegible
- ★ Los beneficios para los pacientes internados y ambulatorios
- ★ La cobertura de los medicamentos recetados
- ★ La ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados
- ★ Dónde puede conseguir la ayuda que necesita





La información contenida en esta publicación era correcta al momento de su impresión. Tal vez se hayan realizado cambios después de la impresión. Para conseguir la información actualizada visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

“Medicare y sus Beneficios de Salud Mental” no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Contenido

| | |
|---|----|
| Introducción | 5 |
| El cuidado de la salud mental y Medicare | 5 |
| Medicare ayuda a pagar los servicios de la salud mental | 6 |
| | |
| Sección 1: El cuidado de la salud mental de los pacientes ambulatorios y los servicios profesionales | 7 |
| Lo que cubre el Medicare Original | 7 |
| Lo que usted paga | 9 |
| Medicare puede cubrir una hospitalización parcial | 10 |
| Lo que no cubre el Medicare Original | 10 |
| | |
| Sección 2: Los servicios de salud mental para los pacientes internados | 11 |
| Lo que cubre el Medicare Original | 11 |
| Lo que usted paga | 11 |
| Lo que no cubre el Medicare Original | 12 |
| | |
| Sección 3: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D) | 13 |
| Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales | 13 |
| Más información sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas | 16 |
| | |
| Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita | 17 |
| Ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados | 17 |
| Sus derechos como beneficiario de Medicare | 19 |
| Sus derechos de apelación si está inscrito en Medicare | 19 |
| Recursos para la salud mental | 20 |
| | |
| Sección 5: Definiciones | 21 |

Si usted o alguna persona que usted conoce está en crisis y le gustaría hablar con un consejero, llame al Número Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline) al 1-800-273-TALK (1-800-273-8255). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-799-4TTY (1-800-799-4889). Puede llamar las 24 horas del día los siete días de la semana, por cualquiera de las razones siguientes:

- Si desea hablar con alguien que pueda ayudarle
- Si piensa que está a riesgo de hacerse daño
- Si desea hablar con un consejero porque está preocupado por otra persona
- Para ser referido para conseguir servicios de salud mental en su área

Si está a punto de una crisis llame al 911.

Introducción

El cuidado de la salud mental y Medicare

Los problemas de la salud mental, como la depresión o la ansiedad pueden afectarnos a cualquier edad. Si cree que tiene problemas que le están afectando psicológicamente obtenga ayuda. Hable con su médico u otro proveedor de la salud si:

- Tiene pensamientos suicidas (como una fijación con la muerte, ha intentado matarse o piensa en hacerlo)
- Se siente triste, vacío o sin esperanza
- Tiene baja su autoestima (piensa que es una carga, que no vale nada o se desprecia)
- Se aísla (no quiere juntarse con sus amigos, no participa en actividades sociales ni quiere salir de su casa)
- Tiene poco interés en las cosas que antes disfrutaba
- No tiene energía
- No puede concentrarse
- No puede dormir (le cuesta dormirse, se despierta a menudo, duerme demasiado o tiene sueño durante el día)
- Ha perdido peso y no tiene apetito
- Ha aumentado su consumo de alcohol y de drogas

Los servicios y programas de salud mental ayudan a diagnosticar y tratar los problemas mentales. Estos servicios y programas están cubiertos para los pacientes internados y ambulatorios. Medicare ayuda a pagar estos servicios y también los medicamentos recetados para tratar sus problemas mentales. Esta publicación le brinda información sobre los beneficios de salud mental en el **Medicare Original**.

Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare, revise los materiales del plan y llámelos para más detalles sobre los beneficios de salud mental.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 21–23.

Medicare ayuda a pagar los servicios de la salud mental

La **Parte A de Medicare (Seguro de hospital)** le ayuda a pagar los servicios de la salud mental si usted es un paciente internado en el hospital. La Parte A de Medicare paga por su habitación, sus comidas, el cuidado de las enfermeras y otros servicios e insumos.

La **Parte B de Medicare (Seguro médico)** le ayuda a pagar los servicios de la salud mental que normalmente recibiría fuera del hospital, incluyendo las consultas con un psiquiatra u otro médico, con un psicólogo clínico o un asistente social y los exámenes de laboratorio ordenados por su médico. La Parte B de Medicare también puede ayudar a pagar una hospitalización parcial, si necesita cuidado ambulatorio intensivo y coordinado. Vea la página 10 si desea más información sobre los servicios de hospitalización parcial.

La Parte D de Medicare (cobertura de Medicare de las recetas médicas) le ayuda a pagar los medicamentos recetados para tratar su enfermedad mental.



Sección 1: El cuidado de la salud mental de los pacientes ambulatorios y los servicios profesionales

Lo que cubre el Medicare Original

La **Parte B de Medicare (Seguro Médico)** le ayuda a pagar los servicios para la salud mental y las visitas con los profesionales siguientes (le pueden cobrar los **deducibles** y el **coseguro**):

- Un psiquiatra u otro médico
- Un psicólogo clínico
- Un asistente social
- Una enfermera clínica especializada
- Un enfermería licenciada
- Un asistente médico

Los profesionales de la salud mencionados arriba (excepto por los psiquiatras y otros médicos) deben aceptar la **asignación** si participan en el programa Medicare. Antes de hacer una cita, pregúntele al profesional de la salud si acepta la asignación.



Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 21–23.

La **Parte B de Medicare** le ayuda a pagar los servicios ambulatorios de salud mental, que incluyen los servicios que normalmente son brindados fuera del hospital (como en una clínica, o el consultorio de un médico o terapeuta) y aquellos brindados en el departamento ambulatorio de un hospital. Medicare ayuda a cubrir los siguientes servicios (le pueden cobrar los **deducibles** y el **coseguro**):

- Psicoterapia individual y grupal con médicos u otros profesionales licenciados autorizados por el estado para brindar estos servicios.
- Asesoramiento familiar si el propósito principal es ayudarlo a usted con su tratamiento.
- Exámenes para verificar que esté recibiendo los servicios que necesita y/o si su tratamiento actual lo está ayudando.
- Evaluaciones psiquiátricas.
- Control de la administración de sus medicamentos.
- Terapia ocupacional como parte de su tratamiento de salud mental.
- Ciertos medicamentos recetados que normalmente no son auto-administrados (los que pueda tomar por usted mismo), como alguna inyecciones.
- Entrenamiento y educación individual sobre su condición.
- Exámenes de diagnóstico.
- También puede cubrir la hospitalización parcial. Vea la página 10.
- Una evaluación de depresión durante el examen físico “Bienvenido a Medicare” que se ofrece una sola vez. (**Nota:** Medicare sólo paga por el examen físico si lo hace dentro de los primeros 12 meses de haber obtenido la Parte B.) Usted no paga por esta visita si su médico acepta la **asignación**.
- Un visita anual de “Bienestar” cubierta cada 12 meses (si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses). Esta visita le permite hablar con su médico u otro proveedor de la salud sobre sus cambios anímicos (mentales) para que pueda evaluarlos año tras año. Usted no paga por la visita de “Bienestar” si su proveedor acepta la asignación.
- Una evaluación anual sobre la depresión. La misma debe hacerse en el consultorio del médico o en una clínica que pueda hacer un seguimiento de la afección o derivarlo. Usted no paga por esta evaluación si su proveedor de la salud acepta la asignación.

Lo que usted paga

Después de pagar el **deducible** anual por la Parte B de Medicare, la cantidad que tenga que pagar por los servicios de salud mental dependerán de si el propósito de su visita es para diagnosticar su condición o tratarla.

- Por las visitas a un médico u otro proveedor de la salud para **diagnosticar** su condición, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare**.
- Por el **tratamiento** ambulatorio de su condición (como ser psicoterapia) usted paga en el 2012 el 45% de la cantidad aprobada por Medicare. El Congreso aprobó una legislación que reduce la cantidad que pagan los beneficiarios de Medicare por el tratamiento de salud mental ambulatorio, para emparejarlo con el **coseguro** que paga por otros servicios médicos. El monto que usted paga por estos servicios continuará disminuyendo a un 35% en el 2013 y 20% en el 2014.

Aviso: Si recibe los servicios en el departamento ambulatorio o en una clínica ambulatoria del hospital tal vez tenga que hacer un **copago adicional** o coseguro al hospital. El monto dependerá del servicio que obtenga, pero fluctuará entre el 20% y el 40% de la cantidad aprobada por Medicare.

Nota: Si usted tiene un seguro suplementario a Medicare (**Medigap**) u otro seguro médico, dígame a su médico o proveedor para que sus cuentas sean pagadas correctamente.



Medicare puede cubrir una hospitalización parcial

En algunos casos, la **Parte B de Medicare** cubre una hospitalización parcial, que es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo y ambulatorio más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de un médico o terapeuta. Este tipo de tratamiento se brinda durante el día y no requiere que se quede por la noche. Estos programas normalmente son ofrecidos en los departamentos ambulatorios de los hospitales y los centros comunitarios de salud mental.

Su médico o terapeuta tal vez considere que usted podría beneficiarse con un programa de hospitalización parcial. Para que Medicare cubra dicho programa, su médico tiene que certificar que de otra manera, usted necesitaría internarse para recibir el tratamiento. Tanto su médico como el programa de hospitalización parcial tienen que aceptar el pago de Medicare.

En el 2012, usted paga un porcentaje de la **cantidad aprobada por Medicare** por cada servicio que recibe de un profesional calificado (vea la página 9). También paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cada día de servicio que le brindan en el departamento ambulatorio del hospital o en un centro comunitario de salud mental.

Lo que no cubre el Medicare Original

Medicare no paga por:

- La comidas.
- El transporte de ida o vuelta para obtener los servicios de salud mental.
- Grupos de apoyo para que las personas conversen o socialicen (**Nota:** son diferentes a las sesiones de psicoterapia grupal que están cubiertas. Vea la página 8).
- Pruebas o entrenamiento para aptitudes laborales que no son parte de su tratamiento de salud mental.

Sección 2: Los servicios de salud mental para los pacientes internados

Lo que cubre el Medicare Original

La **Parte A de Medicare** le ayuda a pagar los servicios de salud mental ofrecidos cuando está internado en un hospital. Estos servicios pueden ser provistos en un hospital general o en un hospital psiquiátrico que sólo atiende a las personas con problemas mentales. Independientemente del hospital que usted elija, la Parte A de Medicare le ayudará a pagar por los servicios de salud mental.

Si usted está en un hospital psiquiátrico (en vez de un hospital general), la Parte A de Medicare sólo pagará hasta 190 días de servicios de internación en dicho hospital durante su vida.

Lo que usted paga

Medicare mide el uso de los servicios del hospital, incluyendo los servicios que recibe en un hospital psiquiátrico y en un centro de enfermería especializada (SNF) por períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día que usted ingresa al hospital (general o psiquiátrico) o centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina después de que no haya recibido los servicios del hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar al hospital después de 60 días, comenzará otro período de beneficio y usted tendrá que pagar un **deducible** de hospitalización nuevo.

No hay límite al número de periodos de beneficio para los servicios de salud mental en un hospital general. También puede obtener varios períodos de beneficio cuando recibe servicios en un hospital psiquiátrico, pero recuerde que hay un límite de 190 días durante su vida.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 21–23.

Lo que usted paga (continuación)

Por cada período de beneficio, usted paga en el 2012:

- Un **deducible** de \$1,156
- Por los primeros 60 días, no paga nada
- \$289 por día durante los días 61–90
- \$578 por “**día de reserva vitalicio**” después de los 90 días de cada período de beneficio (hasta 60 días en toda su vida)

Aviso: La **Parte B de Medicare** le ayuda a pagar los servicios de salud mental dados por médicos u otros proveedores si está internado en el hospital. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** mientras está internado.

Nota: Si usted tiene un seguro suplementario a Medicare (**Medigap**) u otro seguro médico, dígame a su médico o proveedor para que sus cuentas sean pagadas correctamente.

Lo que no cubre el **Medicare Original**

Medicare no cubre:

- Una enfermera privada
- Teléfono o televisión en su habitación
- Artículos de uso personal (como ser pasta dental, medias, hojas de afeitar, etc.)
- Habitación privada a menos que sea **necesario por motivos médicos**.



Sección 3: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)

Para obtener la cobertura de sus recetas médicas, usted tiene que inscribirse en un **plan Medicare de medicamentos recetados**. Estos planes están administrados por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Cada plan puede variar en los costos y en los medicamentos específicos que cubre. Es importante que conozca las normas de cobertura de su plan y sus derechos como beneficiario de un plan Medicare de medicamentos recetados.

Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales

¿Cubrirá mi plan los medicamentos que yo necesito?

Casi todos los planes tienen una lista de los medicamentos que cubren llamada formulario. Los planes Medicare de medicamentos recetados no tienen que cubrir todos los medicamentos. Sin embargo, sí tienen que cubrir todos o casi todos los medicamentos antidepresivos, anticonvulsivos y antipsicóticos que pueden ser necesarios para mantenerlo mentalmente sano. Medicare revisa el formulario de cada plan para asegurarse de que contenga una variedad de medicamentos necesarios por motivos médicos y que no discrimine a ciertos grupos (como las personas incapacitadas o con problemas mentales).

Si usted toma un medicamento recetado para tratar un problema mental, es importante que sepa si su plan cubre dicho medicamento antes de inscribirse.

Hay ciertos medicamentos que los planes Medicare de recetas médicas no tienen que cubrir, como aquellos para subir o bajar de peso. Algunos planes Medicare pueden decidir pagar por estos medicamentos como un beneficio adicional. Además, algunos estados tal vez cubran estos medicamentos si usted tiene Medicaid. Vea la página 18 si desea más información sobre Medicaid. Asegúrese de hacerle al médico u otro proveedor de la salud que esté legalmente autorizado para recetar y a su plan cualquier pregunta que tenga sobre los medicamentos que usted necesita.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 21–23.

¿Puede cambiar el formulario de mi plan?

Un plan Medicare de medicamentos recetados puede realizar cambios a su formulario durante el año de acuerdo con las pautas puestas por Medicare. Si actualmente está tomando un medicamento y el formulario del plan cambia, en la mayoría de los casos, le avisarán antes de que se realice el cambio y el plan normalmente cubrirá el medicamento por el resto del año. El costo de un medicamento también puede cambiar durante el año, pero sus **copagos** o **coseguro** no deben cambiar.

¿Qué pasa si el médico o proveedor me receta un medicamento que mi plan no cubre?

Si usted está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados, tiene derecho a solicitar una **determinación de cobertura** (incluida una **excepción**).

Pedido de determinación de cobertura

Usted, su médico o la persona que le receta pueden pedirle al plan que cubra un medicamento que usted necesita. Puede solicitar una determinación de cobertura si el farmacéutico o el plan le dice que:

- Un medicamento que debería estar cubierto no lo está
- Un medicamento está cubierto por un precio mayor del que usted piensa que debería pagar
- Tiene que cumplir con alguna norma de cobertura del plan (como la autorización previa) antes de obtener el medicamento que necesita
- No cubrirá un medicamento que está en el formulario porque piensa que usted no lo necesita



Pedido de excepción

Usted, su médico o la persona que le receta el medicamento pueden pedir una **excepción** (que es un tipo de **determinación de cobertura**) si:

- Piensa que necesita un medicamento que no está en el formulario del plan
- Cree que no puede cumplir una norma de cobertura (como ser una autorización previa, la terapia en pasos o los límites a la cantidad)
- Usted cree que debe recibir un medicamento no preferido por un copago más bajo, porque no puede tomar ninguno de los medicamentos alternativos de la lista de medicamentos preferidos del plan

Si solicita una excepción, el proveedor de la salud debe darle una carta explicando el motivo por el que usted necesita el medicamento que le ha sido recetado. Pregúntele al plan si necesita este documento.

¿Qué puedo hacer si estoy en desacuerdo con la determinación de cobertura o la decisión del plan sobre mi pedido de excepción?

Una vez que el plan reciba su solicitud, en la mayoría de los casos tiene 72 horas (para una solicitud estándar) o 24 horas (para una solicitud acelerada) para notificarle su decisión. Si no está de acuerdo con la determinación de cobertura o la decisión sobre la excepción de su plan usted tiene el derecho a apelar la decisión. La decisión escrita del plan le explicará cómo solicitar una **apelación**. Lea esta decisión atentamente.

Para más información sobre los derechos de apelación en Medicare, consulte las siguientes publicaciones:

- Visite www.medicare.gov/publications para ver o imprimir la publicación “Las apelaciones a Medicare”.
- Visite www.medicare.gov/appeals
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Más información sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas

Para conseguir más información sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas, visite www.medicare.gov/publications para consultar o imprimir la publicación titulada “Su guía sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados”. Si desea averiguar y obtener ayuda personalizada para comparar los planes:

- Visite www.medicare.gov/find-a-plan.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP en inglés)**. Para conseguir su número de teléfono llame al 1-800-MEDICARE o visite www.medicare.gov/contacts.



Tenga a mano su tarjeta de Medicare, una lista de sus medicamentos y la dosis y el nombre de la farmacia que usa.

Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita

Medicare está aquí para ayudarle a conseguir la información que necesita.

Esta sección incluye información sobre:

- La ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados
- Sus derechos como beneficiario de Medicare
- Sus derechos de **apelación**
- Recursos para la salud mental

Ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados

La “Ayuda Adicional” para pagar la cobertura de Medicare de las recetas (Parte D)

La Ayuda Adicional es un beneficio de un programa de Medicare para asistir a las personas con ingresos y recursos limitados. Tal vez usted sea elegible para recibir la “Ayuda Adicional” si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de un cierto monto. Si no le recibe la “Ayuda Adicional” automáticamente, puede solicitarla.

Para más información:

- Visite www.socialsecurity.gov. Para solicitarla por Internet visite www.socialsecurity.gov/i1020.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Usted puede solicitarla por teléfono o llenando una solicitud impresa.
- Visite o llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Visite www.medicare.gov/contacts, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 21–23.

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP en inglés) que ayudan a pagar los medicamentos recetados de ciertas personas, basándose en la necesidad económica, la edad o la condición médica. Cada SPAP tiene sus propias normas sobre cómo proveer la cobertura de medicamentos recetados a sus beneficiarios. Para averiguar si hay un SPAP en su estado y cómo funciona llame a su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)**. Para conseguir el número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov/contacts.

Programas Medicare de Ahorros

Si usted es una persona con ingresos y recursos limitados podría conseguir ayuda de su estado para pagar sus gastos de Medicare (como los **deducibles** y el **coseguro**), si cumple ciertas condiciones.

Si desea más información:

- Llame o visite su oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) y pida información sobre los Programas Medicare de Ahorros. Llame si cree que es elegible para cualquiera de ellos aunque no esté seguro. Llame al 1-800-MEDICARE o visite www.medicare.gov/contacts para conseguir el número de teléfono para su estado.
- Visite www.medicare.gov/publications para ver la publicación titulada “Ayuda con sus costos de Medicare: Comencemos”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE para averiguar si le pueden mandar una copia por correo.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para conseguir su número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE, o visite www.medicare.gov/contacts.

Medicaid

Medicaid (también conocido como Ayuda médica) es la cobertura médica para las personas y familias con ingresos y recursos limitados. Las reglas sobre qué ingresos y recursos se tienen en cuenta varían en cada estado. La elegibilidad también podría depender de otros factores, como su edad, si tiene alguna discapacidad o si es un novidente. Aún si usted no está seguro de cumplir los requisitos, solicítela para que evalúen su situación.

Si desea más información:

- O para averiguar si cumple los requisitos, llame a su oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) y pida información sobre los Programas Medicare de Ahorros. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, o visite www.medicare.gov/contacts para conseguir el número de teléfono.
- Para averiguar sobre el Medicaid visite www.medicare.gov/publications para imprimir o consultar el folleto “Medicaid: Comencemos”.

Sus derechos como beneficiario de Medicare

Todas las personas inscritas en Medicare tienen ciertos derechos y protecciones diseñados para protegerlos a la hora de recibir atención médica, que le garantizan los servicios que pueden recibir por ley, que lo protegen contra las prácticas poco éticas y cuidan su privacidad. Para averiguar sobre sus derechos como beneficiario de Medicare, visite www.medicare.gov/publications para ver la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE para averiguar si le pueden mandar una copia por correo.

Sus derechos de apelación si está inscrito en Medicare

Una **apelación** es un pedido que usted hace si está en desacuerdo con una decisión de Medicare o de su plan sobre el pago o la cobertura de un servicio o suministro. Si decide apelar, pídale a su médico o proveedor cualquier información que pudiera contribuir a su caso. Guarde una copia de los documentos que le envíe a Medicare como parte de su apelación.

Para más información sobre sus derechos de apelación y cómo solicitarla:

- Visite www.medicare.gov/publications para ver el folleto “Las Apelaciones a Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE para averiguar si le pueden mandar una copia por correo.
- Visite www.medicare.gov/appeals.
- Llame al 1-800-MEDICARE.

Recursos para la salud mental

Para más información sobre los beneficios de salud mental de Medicare y la cobertura:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)**. Para conseguir el número de teléfono, visite www.medicare.gov/contacts.

Para más información sobre la salud mental o para encontrar tratamientos en su comunidad, hable con su médico u otro proveedor de la salud. También puede comunicarse con las siguientes organizaciones:

Instituto Nacional de Salud Mental, Institutos Nacionales de Salud

- Visite www.nami.org.
- Llamar al 1-866-615-6464. TTY 1-866-415-8051.
- Dirección de correo electrónico (email) nimhinfo@nih.gov

Administración de Servicios de la Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse & Mental Health Services Administration) (SAMHSA en inglés)

- Visite www.samhsa.gov. SAMHSA tiene un localizador de centros de tratamiento y de servicios de la salud mental en su página Web.
- Llame al 1-877-SAMHSA-7 (1-877-726-4727). TTY 1-800-487-4889.
- Dirección de correo electrónico (email) SAMHSAInfo@samhsa.hhs.gov

La Salud Mental Americana (Mental Health America)

- Visite www.mentalhealthamerica.net.
- Llame al 1-800-969-6642. TTY 1-800-433-5959.
- Dirección de correo electrónico (email) infoctr@mentalhealthamerica.net

Alianza Nacional para Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness) (NAMI en inglés)

- Visite www.nami.org.
- Llame al 1-800-950-NAMI (1-800-950-6264).
- Dirección de correo electrónico (email) info@nami.org.

Consejo Nacional sobre la Salud Conductual Comunitaria (National Council on Community Behavioral Healthcare)

- Visite www.thenationalcouncil.org.
- Llame al 202-684-7457.
- Dirección de correo electrónico (email) Communications@thenationalcouncil.org

Si está a punto de una crisis llame al 911.

Apelación—Una apelación es una acción que puede tomar si está en desacuerdo con una decisión de cobertura o de pago que tomó Medicare, su plan de salud o su plan Medicare de medicamentos recetados. Usted puede apelar si Medicare o su plan le niega:

- Su pedido de un servicio médico, insumo o receta médica que usted cree que tendría que recibir
- Su pedido de pago de un servicio médico o una receta médica que ya recibió
- Su solicitud para cambiar la cantidad que debe pagar por un medicamento recetado

También puede apelar si ya está recibiendo la cobertura y Medicare o su plan deja de pagar.

Asignación—Un acuerdo entre Medicare y su médico o proveedor para que le paguen directamente, para aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por el servicio y para que no le cobren al beneficiario más que el monto del deducible y el coseguro.

Cantidad aprobada por Medicare—En el Medicare Original, es la cantidad que le pueden pagar a un médico o proveedor de suministros que acepta la asignación. Puede que sea menos que la cantidad actual que cobra el médico o el proveedor de suministros. Medicare paga una parte de esta cantidad y usted paga la otra.

Copago—La cantidad que tendrá que pagar como su parte de los costos de los servicios médicos o suministros, como ser una visita médica, un servicio ambulatorio del hospital o una receta. Un copago normalmente es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita médica o una receta.

Coseguro—La cantidad que debe pagar como su parte del costo de los servicios después de que haya pagado el deducible. El coseguro por lo general es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Deducible—La cantidad que debe pagar por sus servicios o recetas médicas antes de que el Medicare Original, su plan de medicamentos recetados u otro seguro suyo comience a pagar.

Determinación de cobertura—La primera decisión tomada por su plan de medicamentos recetados (no la farmacia) sobre sus beneficios de medicamentos, por ejemplo:

- Si cubre un medicamento particular
- Si ha cumplido todos los requisitos para recibir el medicamento solicitado
- Cuánto debe pagar por un medicamento
- Si deben hacer una excepción a una norma del plan cuando usted la solicite

Si el plan de medicamentos recetados no le da una respuesta oportuna y usted puede demostrar que esperar por la decisión afectaría su salud, la falta de respuesta del plan es considerada como una determinación de cobertura. Si no está de acuerdo con la determinación de cobertura, el paso siguiente es apelar.

Días de reserva de por vida—En el Medicare Original, estos son días adicionales por los que Medicare pagará cuando esté internado en el hospital por más de 90 días. Usted tiene un total de 60 días de reserva que pueden ser usados durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los gastos menos el coseguro diario.

Excepción—Un tipo de determinación de cobertura de medicamentos recetados. Una excepción al formulario es la decisión de un plan de medicamentos recetados de cubrir un medicamento que no está en el formulario o de revertir una norma de cobertura. Una excepción de nivel es la decisión de un plan de medicamentos recetados de cobrar menos por un medicamento que no está en el nivel de medicamentos preferidos. Usted tiene que solicitar una excepción y su médico u otro proveedor de la salud tiene que enviar una declaración explicando la razón médica que justifique la excepción.

Medicare Original—El plan Medicare Original es una cobertura de pago por servicio en la que el gobierno le paga a su proveedor de servicios médicos directamente por los beneficios de la Parte A y/o la Parte B.

Necesario por motivos médicos—Servicios o suministros que son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y satisfacen los estándares aceptables de la práctica médica.

Parte A de Medicare (Seguro de hospital)—La cobertura para los pacientes internados en el hospital, el cuidado en un centro de enfermería especializada, un hospicio y cuidado de la salud en el hogar.

Parte B de Medicare (Seguro médico)—La cobertura de ciertos servicios médicos, la atención ambulatoria, suministros médicos y servicios preventivos.

Plan de salud de Medicare—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveer los beneficios de las Partes A y B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Incluyen a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo, los Programas Piloto y los Programas PACE.

Plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D)—Un plan de medicamentos recetados independiente que agrega la cobertura de las recetas médicas al Medicare Original, algunos Planes Medicare de Costo, algunos Planes de Medicare de Pago por Servicio y los Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer la cobertura de medicamentos recetados siempre que cumplan las mismas normas que los planes Medicare de medicamentos recetados.

Póliza Medigap—Seguro Suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar las faltas de cobertura del Medicare Original.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindarles a los beneficiarios de Medicare asesoría gratuita sobre el seguro médico.

Programa Medicare de Ahorros—Un programa Medicaid que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar algunas o todas las primas, los deducibles y el coseguro de Medicare.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 10184-S
Revisado en junio de 2012



To get this booklet in English, call 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.